

FAX不可
(届出は郵送または窓口へ)

毎月10日必着

年 月 日

会 員 退 会 届

受 付

一般財団法人 熊本市勤労者福祉センター
理 事 長 様

請 求 者	事業所名	事業所番号					
	所在地						
	電話番号					今回の退会者数	
	事業主名 (代表者氏名)	印					

No.	会員番号	氏 名	退 会 理 由	※注 退会届は、退職した日の 下日にかきつけ事務所に 太基準として、宛先に 枠内をくみださず、書類が 詳細に記述してください。
1			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
2			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
3			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
4			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
5			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
6			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
7			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
8			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
9			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
10			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	

※毎月10日必着分は前月末退会、11日以降到着分は当月末退会とします。
 ※退会手続完了に対する事務局からの通知はありません。
 ※届出は郵送または窓口へ (FAX 不可)
 (注1) 会員証を添付してください。
 (注2) 事業所退会の場合はふれあう共済事務局へご連絡ください。